

пациентов, недержание мочи (UI) - 7%, дизурические расстройства (DY) – 7%, боль в животе (AP) - 33%, боль в ягодицах (BP) - 50%, вздутие живота (BF) - 33% пациентов, сухость во рту (DM) – 33% пациентов, нарушение вкуса (TA) у 13%, метеоризм (FL) – 77%, недержание кала (FI) – 50% пациентов.

Выводы.

1. Исследование качества жизни пациентов на этапах лечения при помощи опросников EORTC QLQ C30 и CR29 позволяет оценить результаты лечения, а при детальном анализе оценить симптомы рецидива.

2. Несмотря на высокое качество жизни по данным оценки шкалы физических функций (среднее значение 90), отдельные параметры имеют тенденцию к медленному и неполному восстановлению.

3. Нарушение имиджа тела, выраженное беспокойство и отдельные симптомы открывают широкое поле для поздней реабилитации пациентов, а методика оценки качества жизни позволит эффективно управлять процессом реабилитации.

УДК 616.37

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Фомин А.В., Богданович А.В., Гецадзе Г.Н.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Травмы живота имеют свою особую клиническую картину, в большинстве случаев носят сочетанный характер, сопровождаются тяжелым шоком, что значительно затрудняет топическую диагностику [1, 2]. Сложность ведения пациентов с закрытой травмой живота заключается также в том, для принятия решения хирург ограничен жесткими временными рамками. По данным литературы повреждения поджелудочной железы при абдоминальной травме встречаются сравнительно редко (4-10% от общего числа повреждений органов брюшной полости) [3, 4, 5]. Это объясняется особенностями топографоанатомического расположения поджелудочной железы. Повреждения часто характеризуются тяжелым течением, прежде всего за счет травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5% [6, 7]. Выделяют следующие виды закрытых повреждений поджелудочной железы: ушиб без нарушения целостности брюшины, покрывающей железу; неполный разрыв железы или ее брюшины; полный разрыв поджелудочной железы [8].

Цель исследования состоит в том, чтобы на основании анализа клинического материала в условиях больницы скорой помощи оптимизировать алгоритм диагностических исследований и хирургическую тактику при травмах живота.

Материал и методы. За предшествующие 20 лет наблюдали 193 пострадавших с закрытой травмой живота. Мужчин 148(76,7%), женщин 45 (23,3%). Возраст госпитализированных колебался от 17 до 88 лет. В первые 6 часов после травмы поступили 93(48,2%), от 7 до 24 часов – 50 (25,9%), позже 24 часов – 46 (22,3%) пациентов. Эпизод травмы не помнили или отрицали 7 (3,6%). Значительное число поступивших в стационар позже 24 часов объясняется состоянием алкогольного опьянения у ряда пациентов, но также двухмоментным разрывом селезенки, повреждением паренхиматозных органов или брыжейки в виде небольших разрывов. В таких случаях в первые часы на фоне травмы симптоматика внутреннего кровотечения не выражена. Только через несколько часов у них количество излившейся в живот крови увеличивается, и клиническая картина проявляется.

Результаты и обсуждение. Среди наблюдаемых нами пациентов повреждение поджелудочной железы выявлено у 14 (7,2%). Механизм повреждения представлялся в виде прямого резкого удара в живот, у одного отмечалась кататравма. У всех пострадавших повреждение поджелудочной железы сочеталось с повреждением других органов и систем – селезёнка, печень, желудок, у трёх разрыв 12-перстной кишки, забрюшинная гематома, черепно-мозговые и торакальные травмы. В клинике на первый план выступали симптомы тяжелого шока, внутреннего кровотечения, перитонита. Характерны интенсивные боли в верхней части живота с иррадиацией в спину, частая рвота.

С целью диагностики проводились обычные клинично-лабораторные исследования, лучевая и эндоскопическая диагностика. Ультразвуковое исследование проведено всем пострадавшим, но только у одного высказано предположение о наличии травмы железы (гематома в сальниковой сумке). Все пациенты оперированы в первые 2-3 часа. Для ревизии поджелудочной железы проводили продольное рассечение желудочно-ободочной связки. При наличии забрюшинной гематомы для ревизии головки поджелудочной железы проводили её мобилизацию по Кохеру, но чаще по Каттель-Браашу, что позволяло проревизировать нижнюю горизонтальную ветвь двенадцатиперстной кишки.

При ушибах и гематомах никаких манипуляций на железе не проводили, при неполных разрывах производили гемостаз, место повреждения не ушивали. Попытки ушивания неполных разрывов железы или брюшины только увеличивают объем некроза. Дренировали сальниковую сумку мягкими силиконовыми трубками. У трёх пациентов при наличии полного поперечного разрыва на границе тела и хвоста производили дистальную резекцию железы и спленэктомии с ушиванием культи железы и отдельной перевязкой панкреатического протока, дренирование ложа железы и сальниковой сумки. Сочетанное повреждение головки железы и двенадцатиперстной кишки отмечено у трёх пациентов. У одного пациента произведено ушивание поперечного разрыва нисходящей части двенадцатиперстной кишки и дренирование забрюшинного пространства. У двух пострадавших повреждение головки сопровождалось разрывом нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что структура стенки этого отдела двенадцатиперстной кишки имеет отличия, толщина стенки уменьшена. В этих наблюдениях ушивание разрыва кишки дополнялось наложением разгрузочного гастроэнтероанастомоза (у одного по Гаккеру-Петерсену, у другого передним впередиободочным гастроэнтероанастомозом на длинной петле с брауновским соустьем). К тампонированию сальниковой сумки не прибегали, т.к. тампоны нарушают кровоснабжение прилежающим к ним тканей и тем самым увеличивают зону некроза железы.

Естественно, вследствие травмы и последующей активацией ферментов поджелудочной железы, у пациентов развивается травматический панкреонекроз. Это обстоятельство требует проведения интенсивной послеоперационной терапии. В течение 8-10 суток проводим антисекреторную терапию производными сандостатина (октреотид, октрайд), блокаторы протонной помпы, антибактериальная терапия.

В послеоперационном периоде отмечены осложнения в виде поддиафрагмального абсцесса слева (3), некроз тонкой кишки (1), гнойный парапанкреатит, некроз большой кривизны желудка (1), арозивные кровотечения (2), гнойный бурсит(3). Послеоперационная летальность 5 (35,6%) пациентов. Причиной летального исхода явились тяжелое течение панкреатита, перитонит, абдоминальный сепсис.

Выводы. При любом повреждении органов брюшной полости следует прогнозировать высокий риск летального исхода, что требует быстрой и точной диагностики и адекватного лечения. Послеоперационные перитониты возникают после

травм поджелудочной железы и селезенки, что диктует необходимость проведения их профилактики и лечения при травмах. Летальность при закрытых травмах живота с повреждением поджелудочной железы связана с тяжелыми гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза с развитием перитонита и абдоминального сепсиса.

В связи с тем, что травмы брюшной полости бывают сочетанными и множественными оперативные вмешательства не могут быть строго стандартизированы. В лечении должны принимать участие опытные хирурги, способные на нестандартные решения, импровизации.

Литература:

1. Боженков, О. Г. Профилактика панкреатита при повреждении поджелудочной железы / О. Г. Боженков, С. А. Шалин // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 49–52.
2. Козлов, И.З. Повреждения живота / И.З. Козлов, С.З. Горшков, В.С. Волков. – М. : Медицина, 1988. – 224 с.
3. Абакумов, М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук. – М. : Медицина, 2005. – 176 с.
4. Алиев, С. А. Хирургическая тактика, профилактика и лечение осложнений при повреждениях поджелудочной железы / С. А. Алиев, Э. С. Алиев // Хирургия. – 2006. – № 8. – С. 43–50.
5. Тактика лечения повреждений поджелудочной железы / А.С. Ермолов [и др.] // Неотлож. медицина. – 2014. – № 2. – С. 6–10.
6. Скороход, А.М. Тактика в лечении пострадавших с повреждениями поджелудочной железы / А.М. Скороход, Д.А. Александров, О.А. Стецюк // Актуальные вопр. клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении : материалы VI Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2003. – С. 104–105.
7. Чирков, Е.Р. Современная структура повреждений поджелудочной железы / Е.Р. Чирков, В.Я. Васютков, В.С. Челнокова // Суд.-мед. экспертиза. – 2005. – № 5. – С. 7–9.
8. Урман, М.Г. Травма живота / М.Г. Урман. – Пермь : Звезда, 2003. – 259 с.

УДК 616.37-006-089

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щастный А.Т., Соболев В.Н., Луд Н.Г., Кожар В.Л.

Введение. Рак поджелудочной железы (РПЖ) относится к одной из самых фатальных злокачественных опухолей, при которой показатель смертности практически равен показателю заболеваемости [1]. В 2016 году в Республике Беларусь выявлено 1083 случая рака поджелудочной железы и умерло от данного заболевания 890 человек, т.е. отношение смертности к заболеваемости составило 82,2% [2]. На протяжении последних десяти лет лечебная тактика при РПЖ не претерпела значительных изменений и на данный момент в соответствии с «Алгоритмами диагностики и лечения злокачественных новообразований» [3] в Республике Беларусь используется комплексный метод лечения пациентов с данным заболеванием.

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты комплексного лечения пациентов, страдающих раком головки поджелудочной железы.

Материал и методы. Ретроспективному промежуточному анализу по материалам Витебского областного отделения Белорусского канцер-регистра подвергнуты результаты лечения рака головки поджелудочной железы у 82 пациентов за 2011–2015 годы. Средний